


Preguntas frecuentes sobre el

# TRASTORNO MENTAL GRAVE

**Preguntas frecuentes sobre el TRASTORNO MENTAL GRAVE**

Edición:

**Unitat per a la Integració de Persones amb Discapacitat (UPD)**
**Universitat de València.**

**Asociación por la Salud Intregral del Enfermo Mental (ASIEM).**

Depósito Legal: V-1883-2012.

La información que contiene esta guía esta editada en Junio de 2012.

## Preguntas frecuentes sobre el

# TRASTORNO MENTAL GRAVE

# · ÍNDICE

# 1. INTRODUCCIÓN

La presente guía es fruto de un trabajo conjunto entre la Asociación por la Salud Intregral del Enfermo Mental (ASIEM), en colaboración con la Unitat per a la Integració de Persones amb Discapacitat (UPD), de la Universitat de València.

La elaboración de esta guía, se decidió tras advertir el hecho del desconocimiento por parte de las familias de cómo afrontar la situación, esto es, dónde acudir o qué hacer para resolver los problemas generados por la enfermedad de un familiar allegado.

A lo anterior, hay que añadir la circunstancia de que muchas de las familias  atendidas en ASIEM, acuden a la asociación tras muchos años de enfermedad del familiar sin haber recibido una intervención adecuada, habiéndose ya generado una cronicidad y un deterioro que podían haberse evitado. Hay que tener en cuenta que una intervención temprana mejora el pronóstico y el curso de la enfermedad; por ello, con la elaboración de esta guía se pretende que las familias tomen las riendas del problema lo antes posible, pero siempre en colaboración con el equipo de salud mental e implicando al propio enfermo, sin dejar pasar el tiempo en un intento de auto-regulación del problema, "*a ver si al final se arregla sólo*".

Otro de los motivos a resaltar, es el progresivo incremento del número de estudiantes con trastorno mental que en los últimos años ha accedido, o ha intentado acceder a la universidad. Por lo que desde la Universitat de Valéncia se plantea la necesidad de dar a conocer la existencia de este tipo de discapacidad cada vez más presente en nuestra sociedad, y por tanto en nuestras aulas, sumándose a la labor iniciada por ASIEM.

Por otro lado, la redacción de esta guía tiene como propósito la desestigmatización de las enfermedades mentales, objetivo muy importante para lograr tanto la recuperación como la integración social del enfermo, para que a su vez la sociedad entienda que se trata de una enfermedad más, que con un tratamiento y rehabilitación adecuados  puede posibilitar la citada integración.

### · ¿A quién le puede interesar esta guía?

- A familiares de personas con enfermedad mental que no saben cómo afrontar una situación determinada, o bien que no conocen los recursos existentes que le pueden conducir a solucionarla.
- A personas que sospechen que un familiar suyo, o alguien de su entorno (amigo, vecino, etc…) pudiera tener un problema de salud mental y no saben qué pasos seguir para ayudarle.
- A cualquiera que pudiera encontrarse o convivir con una persona con trastorno mental en cualquier ámbito social (académico, profesional, lúdico, etc…)
- A la comunidad educativa en general, y a la universitaria en particular, puesto que estos trastornos generalmente tienen su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, hecho que coincide con el acceso a la universidad.

Esta guía tiene un carácter orientativo; por ello, es imprescindible en cualquier caso solicitar ayuda u orientación profesional. Hay que tener en cuenta que se trata de problemas de salud, por lo que deben ser tratados como tales, como los de cualquier otra enfermedad.

## 2. TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

### · ¿Con qué frecuencia aparece TMG en la sociedad?

Algunas de las recientes declaraciones de la Organización Mundial de la Salud al respecto indican que:

- **Una de cada cuatro** personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida.
- Las enfermedades mentales suponen el **40% de las enfermedades crónicas** y la mayor causa de los años vividos con discapacidad

- El **9% de la población** española padece en la actualidad una enfermedad mental.
- Un **1% de la población** desarrollará alguna forma de esquizofrenia a lo largo de su vida.

Estos datos nos pueden ayudar a comprender la relevancia del TMG en la sociedad actual, así como crear una reflexión para desterrar los mitos, los prejuicios y las concepciones erróneas que la rodean.

## · ¿Qué es un trastorno mental grave?

Se considera trastorno mental grave al conjunto de trastornos que abarcan distintos diagnósticos (esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de personalidad...). Todos ellos tienen en común:



Aparición: Que suelen aparecer al final de la adolescencia o principio de la edad adulta. Aunque puede darse durante todo el ciclo vital de la persona.



Duración: Se trata de enfermedades crónicas (más de dos años), aunque con el tratamiento adecuado en ocasiones los síntomas pueden mejorar.



Consecuencias: Se trata de un desorden cerebral grave que afecta a la persona en todas las áreas de su vida. Pueden existir déficits importantes a la hora de desarrollar actividades cotidianas.

## · ¿Cuáles son los factores implicados en la aparición del TMG?

Diferentes investigaciones concluyen que su origen y evolución dependen de la interacción de varios factores: biológicos, psicológicos y sociales.



Biológicos: predisposición genética, factores bioquímicos, cerebrales, alteraciones en el embarazo o durante el parto, etc…

Psicológicos: factores de personalidad, estilos de afrontamiento, habilidades de solución de problemas…



Sociales: conflictos, situaciones estresantes, consumo de drogas, etc…

Así pues, podemos encontrar a personas que aun teniendo una **predisposición** a sufrir una enfermedad mental, nunca la desarrollaran porque en su vida no existe ningún **factor precipitante** de la misma, como pueden ser acontecimientos con una alta carga estresante (estrés crónico), factores ambientales externos a la persona, como la pérdida de un ser querido (estrés agudo) o el consumo de sustancias nocivas para la salud.

Asimismo, podemos decir que las personas que ya padecen una enfermedad mental son especialmente vulnerables al estrés y que éste les puede conducir a una crisis.

Por otro lado, existen otra serie de factores llamados **protectores**, que ayudan a mejorar la enfermedad y prevenir la aparición de crisis, tales como: conciencia de enfermedad, adherencia a la medicación, adecuado ambiente familiar, existencia apoyo social, habilidades de solución de problemas, existencia de empleo/ocupación y reconocimiento precoz de síntomas inespecíficos que normalmente anteceden a las crisis (pródromos).

## · ¿Son las drogas las causantes del TMG?



Inicialmente no podemos considerar el consumo de drogas como el causante directo de la enfermedad mental. Es cierto que pueden precipitar la aparición de la enfermedad, pero siempre debe existir una predisposición, tal como se explica en el apartado anterior. Será más un precipitante que una causa en sí. Lo que sí puede suceder es que la persona con TMG sea consumidora de este tipo de sustancias.

Hablamos entonces de patología dual. En este último caso, el curso de la enfermedad empeora y la recuperación se hace más complicada. De ahí la necesidad de acudir tanto a unidades específicas como son las UCA´s (Unidades de Conductas Adictivas) para tratar el consumo de sustancias tóxicas, como a las USM´s (Unidades de Salud Mental) para tratar el TMG.

## · ¿Cuál es la realidad sobre algunos mitos del TMG?

Es importante desterrar algunos falsos mitos acerca de las personas con enfermedad mental:

| **Mito** | **Realidad** |
|---|---|
| **Suelen ser violentas** | Las personas que toman la medicación prescrita no son más agresivas que el resto de la población, de hecho según varios estudios el índice de delitos es menor que el de la población general.<br>Normalmente son más retraídas, temerosas y pasivas.<br>Las personas que no siguen tratamiento, tienen una probabilidad 6 veces mayor de cometer actos violentos que los que sí están tratándose, y en su mayoría se trata de actos autolíticos más que violencia contra otras personas. |
| **No se recuperan nunca** | Estudios científicos muestran que la mayoría de gente con enfermedades mentales puede mejorar hasta alcanzar altos niveles de autonomía. La recuperación se refiere al proceso por el cual la persona es capaz de vivir, trabajar, aprender, y participar íntegramente en su comunidad. |
| **Son menos inteligentes** | Su inteligencia no se ve afectada por la enfermedad. No hay que confundir los cambios en el pensamiento, humor y comportamiento con un retraso mental. |
| **Son perezosas, vagas** | No debemos confundir la personalidad del enfermo con los síntomas que presenta, ya que la falta de energía y la incapacidad de disfrute frente a las actividades es un síntoma de la enfermedad o podría ser un efecto secundario de la medicación. |

# 3. TRATAMIENTOS

Se puede intervenir en el TMG desde distintos ámbitos (farmacológico psicológico, familiar, social, ocupacional). A continuación se describe alguno de los tratamientos que actualmente se utilizan como abordaje terapéutico para el TMG.

## · ¿Existe un tratamiento específico para el TMG?

El abordaje terapéutico de las enfermedades mentales debe ser integral, combinando diferentes tipos de tratamientos: tratamiento médico, farmacológico y las terapias psicosociales.

## · ¿Puede una persona con TMG mejorar por completo?

Con los tratamientos existentes y facilitando los apoyos necesarios, la persona puede vivir de forma independiente, alcanzar sus objetivos personales y mejorar considerablemente su calidad de vida.

Es importante que la intervención sea precoz, ya que facilite mayores niveles de autonomía y un mejor pronóstico de la enfermedad, hecho que también dependerá del nivel de autonomía e integración social que mostraba anteriormente al inicio de la enfermedad.

## · ¿Qué tipos de tratamientos existen?

Siempre se debe consultar cuál es la intervención más adecuada para nuestro familiar y para nosotros mismos con el equipo de la propia unidad de salud mental.



Tratamiento farmacológico: La medicación es la que controla los síntomas de la enfermedad y previene las recaídas. El tipo de medicación y la dosis adecuada varían de una persona a otra. Es importante tomar la medicación tal y como ha sido prescrita, sin abandonarla ni cambiar las

dosis sin previa consulta.

Hay que tener en cuenta que la mayoría de los fármacos tienen efectos secundarios que producen alteraciones en el sueño, excesiva somnolencia, dificultades para la concentración ante determinadas tareas, disfunciones sexuales, etc…, que pueden ser la causa del abandono del tratamiento. En estos casos, es importante informar al psiquiatra por si considera necesario un cambio en la dosis o tipo de fármaco.

Otra causa del abandono de la medicación, es el hecho de que el paciente considere que ya se encuentra bien y por tanto ya no la necesita. Es importante que sepa que se encuentra bien precisamente porque la está tomando, y que si la abandona el riesgo de recaída aumenta considerablemente.



Rehabilitación psicosocial: Esta rehabilitación es compleja e individualizada e intenta intervenir en todas las áreas de la persona que se han visto afectadas por la irrupción de la enfermedad. Está encaminada a la recuperación de las capacidades, aptitudes y habilidades sociales a través de técnicas de afrontamiento del estrés, reestructuración cognitiva, terapia ocupacional, etc… La finalidad de esta intervención es mantener la estabilidad de los síntomas, mejorar el funcionamiento psicosocial y alcanzar un mayor nivel de autonomía.



Psicoterapia: Puede ayudar a tomar conciencia de enfermedad. Son aquellos tratamientos en los que interviene el diálogo terapeuta-paciente (psicoterapia individual) o diálogo entre pacientes regulado por un terapeuta (psicoterapia de grupo). Se trata de hacer comprender y ayudar al paciente a tomar conciencia de su enfermedad, de cómo debe convivir con ella y enfrentarse a las eventuales crisis que puede tener, cómo aliviar la angustia que en su interior se despierta y en definitiva, cómo utilizar los recursos psicológicos propios y los ajenos (familia, amigos, compañeros, etc…) para lograr el mayor grado

posible de autonomía y de integración social.



**Apoyo a la familia:** La familia constituye un elemento decisivo e influyente en el tratamiento de la persona con TMG. Para ello debe ser apoyada en su rol de cuidadora, proporcionándole la información, formación y orientación que precisa. Es frecuente que se utilice una metodología grupal, mediante sesiones informativas referentes a la psicoeducación (información sobre diagnósticos, medicación, factores influyentes, recursos sociosanitarios y económicos, etc…), y habilidades (de comunicación, de resolución de conflictos, y manejo de situaciones estresantes).

## 4. EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL TMG

Debemos fomentar un ambiente que proporcione a la persona el apoyo y la motivación necesarias para afrontar sus obligaciones y dificultades diarias, y al mismo tiempo la suficiente flexibilidad para que se adapte a los cambios. Este ambiente puede mejorar a través de algunas pautas que deberemos poner en práctica:

- Tener un trato cálido y cercano.
- No mostrarse excesivamente indulgente, permisivo o condescendiente. La sobreprotección dificulta que el paciente alcance la máxima autonomía posible.
- En ningún caso debemos identificar sus comportamientos con pereza, vagancia, o ganas de fastidiar a la familia, por lo que debemos evitar recriminaciones o críticas.
- Debemos promover los aspectos positivos de la persona y alabarle sus logros.
- Debemos tratarles como adultos que son, a pesar de que puedan presentar dificultades para la toma de decisiones.
- Establecer límites a su conducta, como por ejemplo no tolerar actitudes agresivas o no permitir manipulaciones ni chantajes, pero siempre intentando no tener una actitud autoritaria.

# 4.1 DETECCIÓN DE SÍNTOMAS

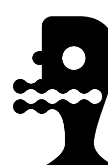
## · ¿Cómo puedo detectar si alguien de mi entorno tiene un TMG?

La familia es la primera que detecta que hay cambios en la persona afectada: alteraciones en la manera de pensar, de ver las cosas, en el estado de ánimo, en la conducta. Puede aparecer de una manera brusca, de un modo agudo en horas o días; o bien de un modo lento, poco a poco en semanas o meses.

También se puede observar que la persona va perdiendo la alegría o que se muestra más irritable o excesivamente eufórica, va perdiendo los amigos, tiene problemas en el trabajo o en los estudios, cambia de rutinas, le cuesta dormir o duerme a deshora. En cualquier caso ninguno de estos signos es definitorio de un trastorno mental grave, por lo que si se observan, se debe consultar con un especialista en salud mental.

## · ¿Cuáles son los cambios que podemos observar al comienzo del TMG?

Algunos de los cambios aparecen en los siguientes aspectos de la persona



### En la conducta:

- Duerme mucho, o muy poco, o a deshora...
- Se ríe sin motivo aparente, camina de un lado a otro, habla o susurra sólo.
- Se asea con menos frecuencia, va sin afeitar, deja de hacer las tareas domésticas o las hace a regañadientes.
- Pérdida o exceso de apetito, dieta poco saludable y a deshora.
- Manifiesta una actividad excesiva con respecto a cómo es siempre. Se le ve agitado.

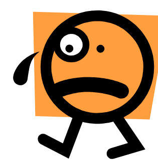
- Gastos excesivos o innecesarios.
- Dice cosas a las que no le encontramos sentido.
- En ocasiones tiene dificultades para controlar sus impulsos.

## En las relaciones sociales:



- Se aísla en casa y deja de salir con amigos.
- Abandona los estudios, o el trabajo o tiene muchos problemas para mantenerlo.
- Conflictividad con las personas más allegadas.

## En el estado de ánimo:



- Está más irritable o nervioso, no se le puede decir nada. En ocasiones esto suele agudizarse con la persona más allegada.
- Parece preocupado o que le esté dando vueltas a algo.
- Estado de ánimo diferente al habitual, es decir, o muy triste o muy eufórico o aplanado o poco expresivo, en todo caso diferente.
- No parece tener ganas de hacer cosas, está desmotivado o no disfruta con las cosas que antes sí le producían satisfacción.

## En su capacidad cognitiva:

- Le cuesta concentrarse, poner la atención en alguna tarea o en una conversación; también parece que olvida cosas o le supone mucho esfuerzo el estudio.

## · ¿Hay alguna señal de alarma que no deba pasar por alto?

Por supuesto, no todas las personas que padecen un trastorno mental grave tienen **ideas o intentos de suicidio**. Sin embargo, hay que reconocer que el riesgo es mayor dado que el 90% de los casos de suicidio se relacionan con algún trastorno mental. Por ello es necesario conocer las señales para minimizar el riesgo de aparición de un intento suicida en las personas que padecen TMG.

### Señales de alarma a tener en cuenta

| | |
|---|---|
| **VERBALES:** | Comentarios o verbalizaciones negativas sobre sí mismo, sobre su vida, relacionados con la muerte o despedidas, o directamente sobre el suicidio:<br>*Ejemplos: "todo iría mejor si yo no estuviera" "soy una carga" "ya no puedo más" "No merece la pena seguir viviendo", "me has ayudado mucho todo este tiempo"* |
| **NO VERBALES:** | • Aumento de la irascibilidad, irritabilidad, ingesta de bebidas alcohólicas en cantidades superiores a las habituales y con una frecuencia inusual.<br>• Aparición de heridas recientes en alguna parte del cuerpo.<br>• Regalar objetos muy personales, preciados y queridos.<br>• Cerrar asuntos pendientes.<br>• Preparación de documentos para cuando uno no esté (p. e. testamento, seguro de vida, etc.). |

## Mitos sobre el suicidio

Es importante desterrar algunos falsos mitos acerca del suicidio:

| **Mito** | **Realidad** |
|---|---|
| **El que se quiere suicidar siempre avisa** | De cada diez personas que se suicidan, nueve manifestaron sus ideas claramente suicidas o amenazaron con sus propósitos y la otra nunca lo dijo. |
| **El que se realmente se quiere suicidar lo hace de improviso, sin avisar** | La mayoría de personas que se suicidan expresan previamente con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta sus intenciones; es lo que se llama Síndrome Presuicidal (retraimiento de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia otras personas sino hacia sí, y la existencia de fantasías suicidas). Todo esto, si se detecta a su debido tiempo, evitará que lleven a cabo sus propósitos. |
| **Hablar sobre el suicidio puede incitar a que se suicide** | Está comprobado que hablar sobre el suicidio con una persona en riesgo a que lo realice reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad para analizar los propósitos del mismo. |
| **El suicida desea morir** | El principal deseo del suicida es poner fin a su dolor interminable e insoportable. |
| **Un suicida es un cobarde/valiente** | Los que intentan el suicidio son personas que sufren. La valentía y la cobardía son atributos de la personalidad que no pueden cuantificarse según el número de intentos de quitarse la vida. |

## · ¿Qué puedo hacer si detecto alguna de las señales de alarma?

Es importante que ante la aparición de alguna de estas señales tenga a mano el teléfono de emergencias, se limite el acceso a elementos lesivos (cuchillos, ventanas…etc…), evitar dejarle solo mucho tiempo o implicar a otros familiares y amigos.

Es un error pensar que si verbaliza ideas de suicidio únicamente quiere llamar la atención, que no piensa llevarlas a cabo. Ante cualquiera de estas señales es necesario tomarlas en serio y pedir una cita con el médico, si todavía no tiene un psiquiatra asignado para que lo derive a la Unidad de Salud Mental.

Éstas son algunas de las formas de ayudar a una persona que expresa su intención de cometer un suicidio:

- Exprésale tu preocupación y muéstrale tu apoyo.
- Muéstrate dispuesto/a a escuchar. Deja que la persona hable de sus sentimientos y no los juzgues.
- No desafíes a la persona a que lo haga.
- Tranquiliza a la persona.
- No prometas confidencialidad. Busca ayuda también entre sus familiares y amigos.
- Explica que hay alternativas disponibles.
- Busca ayuda profesional e informa de si existe algún antecedente familiar de suicidio.

## 4.2 EL DIAGNÓSTICO

### · Si aún no tiene diagnóstico o nunca ha ido al médico ¿qué debo hacer?

En ese caso lo primero que hay que hacer es hablarlo con él, preguntarle cómo se encuentra y darle a entender que hemos visto un cambio en él. Es decir, no evitar el tema porque en ocasiones lo hacemos esperando que pase o que se solucione por sí solo y estamos retrasando la ayuda que necesita.

### · ¿Cuál es el procedimiento para conseguir un primer diagnóstico?

Al tratarse de un problema específico de salud mental, si nuestro médico de cabecera valora que puede tratarse de un problema de este tipo, facilitará un volante para el médico especialista en salud mental que es el psiquiatra; del mismo modo que si se rompe una pierna os derivaría al especialista de huesos que es el traumatólogo. Será al acudir el paciente por primera vez al psiquiatra, cuando éste valorará cuál es su estado y la necesidad de aplicar algún tratamiento.

### · Si no quiere acudir al médico de cabecera, ¿qué puedo hacer?

Puede que la persona no reconozca que le está pasando algo, y que rechace recibir cualquier ayuda médica; en ese caso será la persona de su entorno la que deberá acudir al médico de cabecera para explicar la situación de la forma más detallada posible, dando a conocer su comportamiento, lo que dice y en general como estamos viendo su estado (si está agitado, nervioso, aislado, con miedos, etc…) Sin embargo, siempre es conveniente que sea él mismo el que acuda al médico, a ser posible acompañado, para que el doctor pueda valorar directamente su estado de salud mental.

## · ¿Y si no quiere acudir al psiquiatra?

En este caso deberá ser el psiquiatra junto con el equipo de salud mental el que nos oriente sobre cómo actuar. En todo caso, insistiremos en la necesidad de que nuestro familiar/amigo sea evaluado y tratado, ya sea en cualquier centro sanitario o en el domicilio, puesto que se trata de un derecho del paciente y de una obligación del equipo de salud mental. Según consta en la cartera de servicios de salud mental de la comunidad valenciana y el plan director de salud mental de la comunidad valenciana una de las funciones de las unidades de salud mental es la atención domiciliaria.

Si el psiquiatra considera que es necesario puede ordenar un ingreso involuntario en el hospital para tratar y estabilizar al paciente durante un corto periodo de tiempo; posteriormente al mismo el paciente realizará visitas periódicas a la USM o recibirá atención domiciliaria.

## · ¿Qué pruebas realiza el psiquiatra?

El psiquiatra no dispone actualmente de pruebas como análisis, radiografías, etc…, para diagnosticar inequívocamente de qué tipo de trastorno se trata y tendrá que observar los síntomas para poder hacer un diagnóstico, por lo que es habitual que tarde un tiempo en poder decirnos qué es lo que pasa a nuestro familiar. Habitualmente en las primeras crisis el paciente no muestra todos los síntomas, por tanto no es posible un diagnóstico concreto. Sin embargo, sí es posible iniciar un tratamiento farmacológico para controlar y prevenir el agravamiento de los síntomas, que se irá modificando conforme evolucione la enfermedad.

## 4.3 RECAÍDAS

El TMG es una enfermedad crónica y puede que haya periodos muy largos de estabilidad y que en un momento determinado se inicie una recaída (entendida como un agravamiento o aparición de síntomas), que siempre deberemos intentar prevenir por lo que tendremos que estar muy atentos.

### · ¿Cuáles son las situaciones que pueden producir una recaída?

- En general, suelen ser las siguientes situaciones las que explican la inestabilidad de nuestro familiar:
- Que haya abandonado la medicación o que se la tome incorrectamente: esto puede ocurrir porque el paciente cree que ya está bien y que ya no precisa seguir tomando más tratamiento.
- Cansancio por el tiempo que lleva tomando el tratamiento; le recuerda constantemente que tiene una enfermedad.
- Porque los efectos secundarios de la medicación le resulten molestos: temblores, disfunción sexual, problemas de memoria, agotamiento, etc…
- Miedo a volverse dependiente de los fármacos.
- Que la medicación haya perdido el efecto deseado: En este caso es necesario un reajuste de la medicación.
- Existencia de algún estresor: ruptura sentimental, fallecimiento de un ser querido, alto nivel de estrés laboral, familiar o en los estudios…
- Consumo de drogas o alcohol.

## · ¿Cómo debo actuar ante una recaída?

Habría que saber con exactitud cuál es la causa de esa inestabilidad, porque en ese caso podríamos hablar con la persona e intentar reconducir la situación. Cuando se inicia una recaída, es básico que la familia no critique ni recrimine determinados comentarios o comportamientos del enfermo, pues tenemos que entender que son consecuencia de la sintomatología de su enfermedad. Por el contrario, para que esta recaída no se agrave, siempre será adecuado que la familia se muestre comprensiva con la angustia, ansiedad o malestar del paciente y le exprese que entendemos su estado, que puede contar con nuestra ayuda para solucionar el problema. Para ello, será necesario mantener un clima familiar tranquilo, relajado, sin críticas y sin presiones. Es importante informar al psiquiatra de lo que está sucediendo.

## · Si tiene una recaída y no consigo localizar al psiquiatra, ¿qué puedo hacer?

Cuando no podamos contactar con su psiquiatra, podemos llamar a urgencias de atención primaria (el teléfono que aparece en la tarjeta SIP) para que un médico de cabecera se desplace a casa para hacer una valoración, como ocurre con cualquier otra urgencia en la que el paciente no puede desplazarse al recurso sanitario. Otra opción, si el enfermo accede, es llevarlo a urgencias del hospital que nos corresponde siempre llevando con nosotros un informe de su psiquiatra donde al menos aparezca su diagnóstico y tratamiento actual.

## · ¿Qué puedo hacer si tiene una recaída y no quiere acudir al psiquiatra?

En este caso, deberemos llamar al teléfono 900 161 161 que es el Centro de Información y Coordinación de Urgencias (CICU), o al 112 para que venga una ambulancia asistida con personal sanitario al domicilio a realizar la valoración y el traslado si procede al hospital para una mejor valoración de su estado. En este caso también es recomendable mostrar al médico que viene

a casa el informe psiquiátrico; este informe puede ayudar al personal sanitario a optar por el traslado para una valoración psiquiátrica.

## · ¿Puede tener un comportamiento agresivo?

En momentos de recaídas pueden darse comportamientos agresivos, dirigidos generalmente hacia sí mismos o hacia el entorno más cercano. Esto no significa que la persona sea siempre agresiva, de hecho, suele ocurrir todo lo contrario y ofrecen una imagen de pasividad muy alejada de comportamientos violentos o agresivos.

## · ¿Qué sucederá si se le ingresa involuntariamente?

Si finalmente se lleva a cabo el traslado, debemos saber que una vez el paciente llega al centro hospitalario debe pasar inmediatamente a la zona de observación del Servicio de Urgencias, evitando que permanezca en la sala de espera. Si el psiquiatra valora que para estabilizar a nuestro familiar es necesario el ingreso, lo trasladarán a la unidad de agudos o unidad de hospitalización psiquiátrica, habitualmente ubicada en el mismo hospital, donde permanecerá el tiempo necesario para lograr su mejoría (suele ser entre una y tres semanas).En todo caso, podéis consultar el **protocolo de internamiento involuntario** para conocer los pasos a seguir en cada situación. http://www.san.gva.es/docs/protocoloingresosinvoluntarios_cas.pdf

## · ¿Qué sucederá si no mejora en el hospital?

El ingreso en agudos no siempre logra la desaparición total de síntomas. Para alcanzar una recuperación completa, en ocasiones será necesario que el paciente pase por el Hospital de Día ó la Unidad de Media Estancia, recursos que facilitan el paso de esta unidad de agudos a casa. Si tras el paso por agudos, no ves bien al paciente, puedes preguntar al equipo de salud mental por la conveniencia de asistir a alguno de estos recursos.

## 4.4 AISLAMIENTO

### · Mi familiar no quiere hacer nada y no quiere salir de casa ¿cómo puedo ayudarle?

En ocasiones ocurre que el paciente ha alcanzado una estabilidad en lo que se refiere a los síntomas más llamativos, pero nos damos cuenta de que pasa mucho tiempo en casa sin realizar ninguna actividad. Debemos entender esta inactividad, esta desmotivación como una parte más de su enfermedad y por ello es desaconsejable criticarle o tacharle de vago. Aun teniendo nosotros un papel importante, hemos de solicitar la intervención del equipo de salud mental, al que deberemos comunicar estos síntomas lo antes posible (falta de motivación y de energía, incapacidad para disfrutar de las cosas, estado depresivo, desmotivación, desgana…), porque existe el riesgo de que no hagamos nada pensando que ya mejorará y lo más probable es que se convierta en algo crónico.

### · ¿Qué actividades puede hacer para evitar el aislamiento?

El equipo de salud mental deberá derivar al paciente al recurso que hayan valorado más apropiado. Esta tarea la lleva a cabo el/la psiquiatra, realizando un informe, junto con el trabajador/a social que es quien tramita las solicitudes, aunque bien es cierto que no todas las unidades de salud mental disponen de TS; en aquellas unidades que no dispongan se podrá acudir a los centros municipales de servicios sociales.

La valoración deberá ser totalmente individualizada y atendiendo a la demanda y preferencias de cada persona, siempre contando con su opinión.

# 5. RECURSOS EN EL TMG

Como hemos dicho con anterioridad, cada persona necesitará unas ayudas determinadas. Por ello, el equipo de salud mental valorará según cada caso y la fase en la que se encuentre, los tipos de ayudas que pueden mejorar la calidad de vida del paciente y la evolución de la enfermedad. En definitiva, no siempre funcionará lo mismo para todas las personas con enfermedad mental.

Para una información más detallada sobre recursos sociales y sanitarios de la Comunidad Valenciana puedes llamar al 012 o consultar con el médico de atención primaria o con el equipo de la unidad de salud mental de la zona concreta:

RECURSOS DE LA CONSELLERIA DE SANIDAD:

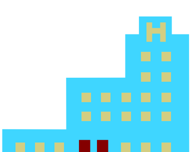
http://www.san.gva.es/docs/org/20090727unidadesdesaludmental.pdf

RECURSOS DE LA CONSELLERIA DE BIENESTAR SOCIAL:

http://www.bsocial.gva.es/portal/portal?id=DS&sec=652012184755

## 5.1 RECURSOS SOCIOSANITARIOS DE SALUD MENTAL

### · Unidad de Salud Mental



Es un recurso especializado formado por un equipo multidisciplinar que presta un servicio ambulatorio mediante la revisión periódica a pacientes mayores de 16 años. La finalidad es tratar, supervisar y controlar la evolución de la enfermedad, las dificultades sociales, familiares, personales y clínicas que rodean a la persona enferma, así como derivar a otros recursos y programas de rehabilitación oportunos.

## · Unidades de Salud Mental Infantil y de la Adolescencia

Recurso de las mismas características que el anterior, pero para pacientes menores de 16 años.

## · Unidad de Hospitalización Psiquiátrica o Unidad de Agudos

Recurso ubicado generalmente dentro de un hospital, dirigido a pacientes que necesitan un ingreso por encontrarse en situación de crisis, reagudización de síntomas, con comportamientos desorganizados o agitados, y que por la gravedad de los síntomas no puede continuar siendo atendido en su entorno comunitario. Los pacientes están ingresados las 24 horas y la estancia media oscila entre una y tres semanas. La persona puede decidir ingresar voluntariamente, y cuando no se da el caso se realiza de manera involuntaria.

## · Unidad de Hospitalización Domiciliara

Cuando se considera el domicilio del paciente como el mejor lugar para tratar los síntomas agudos de la enfermedad, evitando así el ingreso en la unidad de agudos, se realizará una hospitalización domiciliaria integrada por un psiquiatra y ATS habitualmente. La valoración la realiza el psiquiatra de puertas de urgencia, el psiquiatra de referencia de la unidad de salud mental o tras el propio ingreso, siempre con la colaboración de la familia que va a supervisar el cumplimiento del tratamiento. Es necesario señalar que no todos los hospitales disponen de este servicio.

## · Hospital de Día

Recurso indicado para aquellos casos en los que el paciente no acaba de estar estable y necesita un tratamiento más intensivo sin llegar a un ingreso. El horario estará comprendido entre las 9:00 y las 17:00, con el objeto de poder supervisar la

administración de medicación en horario de desayuno y comida. Durante este tiempo, se tratará de supervisar el tratamiento y la evolución de los síntomas, realizar una rehabilitación cognitiva, mejorar habilidades sociales, autonomía personal, etc. El alta se produce cuando existe cierta garantía de que la persona va a mantener la continuidad en el tratamiento previniendo así nuevos ingresos.

## · Unidad de Media Estancia

Cuando un enfermo está descompensado y no es suficiente el ingreso en la unidad de agudos, porque ha tenido ingresos continuados, con crisis repetidas, frecuentes abandonos de la medicación, escasa conciencia de padecer una enfermedad, etc…, es entonces cuando se solicita su ingreso en la unidad de media estancia, indicada para pacientes con necesidades de estabilización, pero también de rehabilitación. Los pacientes están ingresados las 24 horas del día y además de recibir tratamiento, también pueden participar en talleres de rehabilitación cognitiva, habilidades sociales, actividades de ocio, etc…

## · Centro de Día para personas con enfermedad mental crónica -CD

Recurso dirigido a aquellas personas que tienen un gran deterioro para funcionar en su día a día y además, no disponen de un entorno social que favorezca su mejoría. Estos centros se llevan a cabo en horario de 10:00 a 17:00, incluido el horario de comida, actividades de rehabilitación para recuperar algunas de las capacidades perdidas o no adquiridas, favoreciendo la prevención de mayor deterioro. También se trabaja con los familiares para proporcionarles un conocimiento y mejor manejo de la enfermedad. La atención prestada en estos centros será individualizada, a través de la realización del PIR (Programa Individualizado de Rehabilitación) para cada persona.

Todos los usuarios deberán estar en tratamiento en las Unidades de Salud Mental, que serán las encargadas de prestar la

atención y el seguimiento psiquiátrico.

### · Centro de Rehabilitación e Integración Social. CRIS

Recurso dirigido a personas que han perdido algunas capacidades para funcionar en el día a día y sobre todo que necesitan mejorar su nivel de autonomía en horario de mañanas y tardes, pero no comen en el centro. Al igual que en el Centro de Día, se trabaja con los familiares para proporcionarles un conocimiento y mejor manejo de la enfermedad. La atención prestada en estos centros será individualizada, a través de la realización del PIR (Programa Individualizado de Rehabilitación) para cada persona.

Los usuarios reciben atención y seguimiento psiquiátrico en la Unidad de Salud Mental.

### · Centro Específico de Enfermos Mentales - CEEM

Residencia para personas con enfermedad mental crónica estabilizadas clínicamente. Estos centros deben trabajar desde una perspectiva de rehabilitación, dirigido a mejorar la autonomía y la normalización e integración en la comunidad.

El recurso es  adecuado cuando no hay recursos familiares o sociales que se puedan hacer cargo de la persona con TMG, o si los hay, éstos son inadecuados porque no pueden cuidar de la persona enferma. Las edades de los beneficiarios deben oscilar entre los 18 y los 65 años. Éstos deben estar atendidos y ser derivados desde las Unidades de Salud Mental.

### · Vivienda tutelada

Se trata de hogares ubicados en la comunidad, donde residen personas con enfermedad mental con el apoyo y supervisión de educadores las 24 horas del día. Se trata de un recurso temporal y que dependiendo del tipo de apoyo que requiera puede ser tutelada o supervisada, en este último caso, los

profesionales visitan periódicamente la vivienda, pero no se encuentran permanentemente en ella.

### · Programas específicos de salud mental

Las asociaciones de familiares y pacientes con enfermedad mental suelen desarrollar programas específicos encaminados a la rehabilitación y a la integración social, además de gestionar en ocasiones recursos como los anteriores.

Para saber cuál es la asociación más cercana a tu localidad, puedes consultar el siguiente enlace (Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de la Comunidad Valenciana) o llamar al 96 353 50 65 http://www.feafescv.org

## 5.2 OTROS RECURSOS

### · Unidad de Conductas adictivas

Las Unidades de Conductas Adictivas tienen como objetivo básico la asistencia sanitaria ambulatoria a este tipo de problemas. Se dispone de estas unidades en cada uno de los Departamentos de Salud. Es necesaria una adecuada coordinación entre la red de atención a drogodependencias y la de salud mental, entre otros motivos por la asociación de problemas de salud mental en los cuadros adictivos. El acceso a la UCA se realizará a través de la mediación del psiquiatra / médico de cabecera.

# 5.3 RECURSOS DE INTEGRACIÓN LABORAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

## · Centros Especiales de Empleo



Las personas con enfermedad mental tienen más problemas para incorporarse al mercado de trabajo ordinario que cualquier otro colectivo, por eso se han creado alternativas de empleo protegido, como es el caso de los Centros Especiales de Empleo. Estos centros son empresas cuyo principal objetivo es el de proporcionar a los trabajadores con una discapacidad igual o superior al 33%, la posibilidad de realización de un trabajo productivo, remunerado, y adecuado a sus características personales, que facilite su integración laboral en el mercado ordinario de trabajo.

## · TFILES Talleres de Formación e Inserción Laboral

Son talleres en los que las personas con discapacidad aprenden un oficio, contando en su planificación tanto de un número de horas teóricas como de prácticas en empresas que en ocasiones tienen compromiso de inserción laboral. Las personas que realizan un TFIL perciben una beca, consistente en una pequeña asignación diaria por el desarrollo de la actividad. Estos talleres están enmarcados en diversas áreas como jardinería, cocina, diseño, ofimática, atención al público, reposición de mercancías en comercios, etc…, siempre intentado adecuar la actividad laboral a los intereses y perfil de la persona.

## · Algunas Webs de interés:

SERVEF: www.ocupacio.gva.es Bolsa de trabajo específica para personas con discapacidad. Información sobre Talleres de formación e inserción laboral (TFIL), Centros especiales de

Empleo, Plan Integral de Empleo.

SEPE: Empleo con apoyo: www.sepe.es

DISCAPNET: www.discapnet.es

POR TALENTO: www.portalento.es

Fundación PREVENT: www.fundacionprevent.com

Fundación Universia: www.fundacionuniversia.net

IVADIS: www.ivadis.com

DISJOB: www.disjob.com

Para conocer la conveniencia a la hora de acceder a alguno de ellos se deberá consultar al equipo profesional de la Unidad de Salud Mental (psiquiatra o trabajador social principalmente).

## 5.4 RECURSOS LEGALES



Para informarte sobre la conveniencia de iniciar algún procedimiento judicial (ingreso involuntario, incapacidad judicial) es necesario consultar con el equipo de salud mental. Por otro lado, si se desea obtener un asesoramiento más detallado sobre los diferentes procedimientos se puede acudir a la asociación de salud mental más cercana.

### · Ingreso involuntario

Con anterioridad hemos mencionado que el ingreso en la Unidad de Agudos puede ser voluntario o involuntario. ¿Qué significa que sea involuntario? Que el paciente no acepta ser ingresado, aunque el profesional lo valora como necesario sobre todo si

existe un riesgo para sí mismo o para los demás. El internamiento involuntario puede ser de dos tipos:

· *El urgente*, que supone un traslado a urgencias del hospital. Es importante resaltar que el psiquiatra que ha ordenado el ingreso en la unidad de agudos, debe comunicarlo al juzgado de primera instancia en un plazo de 24 horas, donde se aprobará la medida tomada.

· El otro tipo de internamiento es *el ordinario*, que requiere que la familia vaya al juzgado y solicite una autorización previa para el internamiento involuntario. Este mismo procedimiento es el que se aplica para el internamiento del paciente en un centro residencial.

## · Incapacidad judicial

Existen ocasiones en que el paciente tiene permanentemente dificultades para tomar decisiones, no autogestiona su propia economía, e incluso llega a tener graves problemas de comportamiento. Se trata en estos casos de intentar protegerles solicitando una incapacidad y así poder actuar a través de sus representantes legales.

Toda persona tiene capacidad jurídica, es decir, puede comprar una vivienda, recibir una herencia, sin embargo, para ejercitar estos derechos y cumplir con sus obligaciones es necesario un complemento: la capacidad de obrar. La **capacidad de obrar** la tienen todas las personas mayores de edad mientras no sean privadas de ella, total o parcialmente, mediante la incapacitación. Por tanto la incapacitación supone que los pacientes en esta situación no pueden firmar contratos de compraventa, de arrendamiento, o aceptar una herencia, etc…, sin la asistencia de otra persona. Al tratarse de un asunto con consecuencias tan trascendentes, el ordenamiento jurídico impone que la incapacitación sólo podrá ser declarada por un **Juez** mediante Sentencia. Este procedimiento deberá iniciarse ante el Juzgado de 1ª Instancia de su residencia.

## · ¿Quién solicita la incapacidad?

La incapacidad podrá ser promovida por el presunto incapaz, su cónyuge, los descendientes, los ascendientes o los hermanos del presunto incapaz. Además, el Ministerio Fiscal deberá promover la incapacitación si las personas mencionadas anteriormente no existieran, o no la hubieran solicitado.

## · ¿Cómo se inicia un procedimiento de incapacidad?

- Mediante solicitud dirigida a la Fiscalía a la que corresponda el domicilio de la persona presuntamente incapaz. Cualquier persona podrá poner en conocimiento del Fiscal los hechos que determinan la iniciación del proceso de incapacitación. De este modo, será el Ministerio Fiscal, a la vista de los informes y documentos facilitados, quien interpondrá la demanda, si considera que existen indicios suficientes para llevarlo a cabo. Se preserva la identidad de la persona que comunica a fiscalía los hechos.

- Mediante abogado y procurador que interpondrán directamente la demanda ante el Juez competente. Si se carece de bienes suficientes puede solicitarse el beneficio de Asistencia Jurídica Gratuita.

## · ¿Cuándo puede establecerse una incapacidad total?

En caso de que se aprecie que no es capaz de cuidar de su persona, ni de administrar sus bienes.

## · ¿Cuándo puede establecerse una incapacidad parcial?

Cuando se estime que puede realizar determinados actos por sí solo, y además que es capaz de adoptar algunas decisiones que

atañen a su persona. Para actos de mayor trascendencia o complejidad necesita el auxilio de otra persona.

### · ¿Cómo se pueden proteger los bienes del presunto incapaz?

Existe un procedimiento específico para conseguir la inmediata protección de la persona y/o de los bienes del presunto incapaz, sin tener que esperar a que se dicte la sentencia de incapacitación. Se trata de la posibilidad de solicitar al Juez la adopción de las medidas de protección que resulten imprescindibles como por ejemplo el internamiento involuntario en centro médico-psiquiátrico, el seguimiento de un tratamiento médico adecuado, el nombramiento de un administrador provisional de los bienes del presunto incapaz, la indisponibilidad de las cuentas bancarias.

## 6. PRESTACIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS

### · Reconocimiento del grado de discapacidad



Se considera legalmente persona con discapacidad a aquella que de acuerdo con unos baremos establecidos, tiene un grado de discapacidad de al menos un 33%. Para considerar el grado de discapacidad de una persona se tienen en cuenta no sólo factores físicos o psicológicos, sino factores sociales complementarios (familiar, laboral, económico...).

La tramitación puede efectuarse personalmente en los CENTROS de VALORACIÓN y Orientación de personas con DISCAPACIDAD o a través de los trabajadores sociales de las Unidades de Salud Mental o de los Servicios de Atención

Primaria.

Existen beneficios asociados al reconocimiento de la discapacidad a efectos fiscales, económicos, ayudas al transporte, asistencia farmacéutica, ayudas para facilitar la integración laboral, y reducciones o exenciones en tasas, entre otros.

http://www.bsocial.gva.es/portal/portal?id=DS&sec=2932012171338

## · Prestaciones económicas contributivas y no contributivas

Las prestaciones no contributivas son prestaciones económicas que se reconocen a aquellas personas que carecen de recursos suficientes, que no hayan cotizado nunca, o el tiempo suficiente para alcanzar las prestaciones del nivel contributivo. Dentro de estas prestaciones, resaltaremos la pensión de invalidez, la prestación por hijo a cargo y la pensión de orfandad. Para tener derecho a cobrar una pensión por invalidez se deberá cumplir como requisitos:

- Tener entre 18 y 65 años, la residencia en España.
- Tener reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 65 %.
- Que los ingresos económicos de la unidad familiar no superen una determinada cantidad.

Para percibir una prestación por hijo a cargo deberán cumplir los mismos requisitos a excepción del límite de ingresos.

La pensión de orfandad la percibe el hijo del fallecido menor de 18 años. Se amplia hasta los 22 años si sufre una discapacidad del 33%, o hasta los 24 años si tanto el padre como la madre fallecieron. Si el hijo tiene una incapacidad permanente absoluta o gran invalidez, entonces pueden recibir la pensión de orfandad a cualquier edad.

Por otro lado, las pensiones pueden ser contributivas cuando la persona ha cotizado, es decir cuando ha trabajado aportando las cuotas correspondientes a la Seguridad Social el tiempo suficiente. Como resultado de la valoración del órgano competente existen diferentes posibles situaciones de incapacidad: invalidez parcial, permanente total, permanente absoluta o gran invalidez.

## · Ley de dependencia

Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia.

Según reconoce la Ley, es dependiente, aquella persona que se encuentra en una situación permanente de necesidad de ayuda de otras personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria (AVD) como son el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad, reconocer personas y objetos, orientarse, etc...

La Ley establece tres grados de dependencia –moderada, severa y gran dependencia,- y dos niveles en cada uno de ellos, que determinan la necesidad de apoyo para desempeñar las actividades básicas de la vida diaria. Se contemplan tanto prestaciones económicas como servicios, si bien estos últimos tendrán carácter prioritario, como es el caso de la concesión de plaza en centros especializados de apoyo.

La solicitud se realiza en primera persona, a través de un familiar o representante legal en el Servicio Municipal de Atención a la Dependencia que le corresponda, y en último lugar dirigiéndose a los Servicios Sociales de su zona.

Teléfono de atención de la dependencia **900 100 880**

http://www.bsocial.gva.es/portal/portal?id=LD&sec=652012193223

Colaboran:

VNIVERSITAT DE VALÈNCIA
Fundació General

Unitat per a la Integració
de Persones amb Discapacitat

a.s.i.e.m.